NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Stationärzusatztarif SG2 für gesetzlich krankenversicherte Personen

(KV773_201807)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit
Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Versicherungsfähigkeit
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes
§ 3 Versicherungsleistungen
§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten
§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 6 Monatsbeiträge
Anhang

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen, den frei gemeinnützigen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

b) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von a) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätten durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war, oder
- bei Einlieferung aus akutem Anlass.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(4) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(5) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werdem erstattet;

c) für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

   Aufwendungen, die nicht nach GOÄ, GOP und den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

e) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

f) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim erstattet der Versicherer Aufwendungen im tariflichen Umfang nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Erstattet die GKV Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, wird die medizinische Notwendigkeit ohne weitere Prüfung anerkannt.

a) Aufwendungen für Wahlleistungen

Es werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet.

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt.

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattet werden 100 % der verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als des nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung. Erbringt die GKV bzw. die Heilfürsorge keine Leistungen, werden die in Satz 1 genannten Aufwendungen nicht ersetzt.

c) Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang), soweit sie nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge zu tragen sind.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung.

d) Aufwendungen für eine Begleitperson bei Kindern

Erstattet werden 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif SG2 versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

e) Transportkosten

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für einen Krankentransport vom und zum Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 150 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge zu tragen sind.

(2) Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, Vor- und Nachuntersuchung sowie Sachkosten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird. Vor- und Nachuntersuchungen sind dabei während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Ohne Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge werden 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 6.000,00 EUR pro Jahr erstattet.

(3) Behandlungen im Ausland

Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten

Die in § 4 Absatz 2 Teil I der AVB genannten allgemeinen Wartezeiten entfallen.

§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei Tarif SG2 bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

§ 6 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.